

(認定様式 5号)

給与・賞与支払（見込）証明書 オリンパス健康保険組合理事長 殿	常務理事	事務長	課長	担当者

認定対象者申請日：令和 4年 6月 1日

対象者氏名	光学 花子			男・ <input checked="" type="radio"/> 女
生年月日	昭和・平成： <input checked="" type="radio"/> 63年 3月 3日	続柄：妻	年齢：34歳	
住所	東京都八王子市石川町 12345			
勤務開始日	昭和・平成・ <input checked="" type="radio"/> 令和： 3年 4月 1日			

NO	支払年月日	支払金額 (諸手当を含む総額)	NO	支払年月日	支払金額 (諸手当を含む総額)
1	R 3年 12月分	44,000 円	7	R 年 月分	円
2	R 4年 1月分	58,000 円	8	R 年 月分	円
3	R 4年 2月分	66,000 円	9	R 年 月分	円
4	R 4年 3月分	66,000 円	10	R 年 月分	円
5	R 4年 4月分	66,000 円	11	R 年 月分	円
6	R 4年 5月分	66,000 円	12	R 年 月分	円
賞与 ①	R 3年 12月分	10,000 円	賞与 ②	R 年 月分	円
合計	376,000 円				
備考	令和 3年 12月 ~ 令和 4年 5月までは収入実績 令和 年 月 ~ 令和 年 月までは収入見込 ※休業開始日：令和 年 月 日 (休業した場合に記載) ※復職(予定)日：令和 年 月 日				

青色の文字は会社側の記入欄です

上記の通り証明いたします。

令和 4年 6月 1

- 続柄別提出一覧表を参照し、指定の期間の収入を証明してください。
- 休業または復職した場合は、備考にその年月日を記載してください。
- 賞与の支給がある場合は賞与額も記載してください。

住所 東京都西多摩郡日の出町 56789

会社名 西多摩株式会社

代表者名 東京 太郎

印